SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 160613506

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160613506

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nathally Berzabel Torres Vergara
Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

2. CURP | Se ignora ○ 99

3. SEXO Hombre ○ 1 Mujer ● 2 Se ignora ○ 9

4. NACIONALIDAD Mexicana ○ 1 Otra ○ 2 Se ignora ○ 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

6. PESO Kilogramos 6 . Gramos

7. TALLA Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO 14 07 2015
Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora ___ Minutos; Para menores de un día ___ Horas; Para menores de un mes ___ Días; Para menores de un año 5 Meses; Para personas de un año o más ___ Años cumplidos; Se ignora ○ 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ○ 4 Separado(a) ○ 6 Divorciado(a) ○ 3 Viudo(a) ○ 2 Soltero(a) ○ 1 Casado(a) ○ 5 Se ignora ○ 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Calle y número | 11.2 Colonia | 11.3 Localidad
11.4 Municipio o delegación | 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna ○ 1 Primaria incompleta ○ 2 Secundaria incompleta ○ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ○ 11 Profesional ○ 7 Se ignora ○ 99 Preescolar ○ 12 Primaria completa ○ 3 Secundaria completa ○ 5 Bachillerato o preparatoria completa ○ 6 Posgrado ○ 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL | Se ignora ○ 99
13.1 Trabajaba Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS Oportunidades ○ 10 Se ignora ○ 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 Unidad médica privada ○ 9 IMSS Oportunidades ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99
15.1 Nombre de la unidad médica
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número | 16.2 Colonia | 16.3 Localidad
16.4 Municipio o delegación | 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día Mes Año Horas : Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ○ 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda		
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Bronquiolitis		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicios ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 **Sólo en caso de accidente**, anote el domicilio donde ocurrió la lesión
23.7.1 Calle y número | 23.7.2 Colonia | 23.7.3 Localidad
23.7.4 Municipio o delegación | 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE Mayra Ocha Vergara
Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico ○ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil ○ 5 Otro ○ 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7246544
Número de la cédula profesional

28. NOMBRE Alexis
Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad